



### संकट समाधान संक्षिप्त विवरण (Hardship Settlement Overview)

संकट समाधान छूट की पात्रता निर्धारित करने के लिए इस आवेदन में अनुरोध की गई जानकारी अपेक्षित है। संकट समाधान ऐसे बीमाकृत मरीजों या गैर-बीमाकृत मरीजों के लिए छूट कार्यक्रम है जो कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता (CAFA) की आय सीमा से ऊपर आते हैं। इसकी पात्रता मरीज के पारिवारिक वित्तीय संसाधनों की तुलना में Atrium Health में प्राप्त सेवाओं के प्रति देय शेष राशियों पर आधारित है।

### संकट समाधान छूट के लिए आवेदन करने के लिए अपेक्षाएं

संकट समाधान छूट के संबंध में विचार किए जाने के लिए, मरीज को निम्नलिखित अपेक्षाएं पूरी करनी होंगी:

- वह नॉर्थ केरोलिना, साउथ केरोलिना, जॉर्जिया या ऐलाबामा का निवासी हो
- मरीज को संकट समाधान समीक्षा प्रक्रिया में पूरा सहयोग करना होगा। यदि आवेदन भरने के लिए अतिरिक्त जानकारी और/या प्रमाण दस्तावेजों की जरूरत हो, तो मरीज को यह बताने के लिए पत्र भेजा जाएगा कि क्या जरूरी है और इसे जमा करने की समय-सीमा क्या है। यदि अनुरोध की गई जानकारी समय-सीमा के भीतर नहीं मिलती है, तो मरीज पात्र नहीं होगा।

### क्या उम्मीद करें: पात्रता समीक्षा प्रक्रिया

पात्रता Atrium Health में कवरेज सहायता सेवाएं टीम द्वारा आवेदन प्राप्त होने की तारीख से समयबद्ध तरीके से निर्धारित की जाएगी। पात्रता समीक्षा पूरी होने के बाद, मरीज को यह बताने के लिए पत्र भेजा जाएगा कि उसे स्वीकृति मिली है या नामंजूर किया गया है।

कृपया इस फॉर्म के सभी 4 पृष्ठ भरें। इस फॉर्म को पूरी तरह भरने से समीक्षा प्रक्रिया में देरी से बचने में मदद मिलेगी।

मरीज की जानकारी			
मरीज का नाम	सामाजिक सुरक्षा संख्या	जन्म की तारीख	खाता नम्बर

आवेदक की जानकारी				
आवेदक का नाम	मरीज से संबंध	सामाजिक सुरक्षा संख्या	जन्म की तारीख	वैवाहिक स्थिति
पता		शहर, राज्य और ज़िप कोड		
घर का फोन नम्बर	मोबाइल फोन नम्बर	आपातकालीन संपर्क नाम आपातकालीन संपर्क फोन नम्बर		

**नोट:** यदि आपके द्वारा डाक प्राप्त करने का पता आपके निवास के पते से अलग है, तो कृपया नीचे 'डाक पता' जानकारी भरें

डाक पता	शहर, राज्य और ज़िप कोड
---------	------------------------

<b>स्वास्थ्य बीमा जानकारी</b>		यदि मरीज़ के पास कोई स्वास्थ्य कवरेज कोई भी स्रोत नहीं है, तो इस		
बॉक्स पर सही का निशान लगाएँ				
स्वास्थ्य बीमा प्रदाता	पॉलिसी धारक का नाम	पॉलिसी नम्बर	समूह नम्बर	लागू होने की तारीख
क्या पिछले 60 दिनों के भीतर परिवार के किसी सदस्य की नौकरी छूटी है?			<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
क्या उसे COBRA विकल्प नोटिस मिला था?			<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
क्या उसने COBRA कवरेज का विकल्प चुना था?			<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
यदि उसने COBRA कवरेज नहीं चुनी थी, तो कृपया एक पर सही का निशान लगाएँ:				<input type="checkbox"/> COBRA
प्रीमियम बहुत महंगे हैं <input type="checkbox"/> नई कवरेज है				

कृपया नीचे परिवार के सभी सदस्यों की सूची दें				
नाम	सामाजिक सुरक्षा संख्या	जन्म की तारीख	मरीज़ से संबंध	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**नोट:** कृपया इस फॉर्म के पेज 4 पर 'नोट्स' भाग में परिवार के किसी भी अतिरिक्त सदस्य को सूचीबद्ध करें

मासिक पारिवारिक आय		
आय का प्रकार	आवेदक की सकल मासिक आय	आवेदक के पति/पत्नी की सकल मासिक आय

रोज़गार से आय	\$	\$
सेवानिवृत्ति/पेंशन/सामाजिक सुरक्षा सेवानिवृत्ति	\$	\$
सामाजिक सुरक्षा विकलांगता आय	\$	\$
बेरोज़गारी आय	\$	\$
बाल सहायता/निर्वाह भत्ता	\$	\$
अन्य (यहाँ स्रोत लिखें )	\$	\$

वित्तीय संपत्तियाँ			
स्रोत	बैंक या वित्तीय संस्थान का नाम	आवेदक	आवेदक की पत्नी/पत्नी
चालू खाता		\$	\$
बचत खाता		\$	\$
मुद्रा बाजार		\$	\$
जमा प्रमाण पत्र		\$	\$
स्टॉक/बांड		\$	\$
म्यूचुअल फंड		\$	\$
न्यास (ट्रस्ट)		\$	\$
प्री-पेड डेबिट		\$	\$
वचन-पत्र (प्रॉमिसरी नोट)		\$	\$
अन्य ( _____ )		\$	\$

संपत्ति कृपया नीचे अपने स्वामित्व वाली सभी संपत्तियाँ सूचीबद्ध करें			
पता	टैक्स मूल्य	शेष ऋण	बंधक ऋणदाता का नाम

	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

### सहायता संबंधी वक्तव्य (Statement of Support)

मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि मैं पिछले \_\_\_\_\_ वर्षों/\_\_\_\_\_ महीनों से बेरोज़गार हूँ। बेरोज़गार होने के कारण, मुझे \_\_\_\_\_ से भोजन, आश्रय और कपड़े मिलते हैं (आवेदक से संबंध = \_\_\_\_\_)

### स्वीकृति और हस्ताक्षर

मैं इसके द्वारा प्रमाणित करता/ती हूँ कि इस आवेदन में दी गई जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही, सटीक और पूर्ण है। मैं इसके द्वारा दी गई प्रत्येक जानकारी सत्यापित करने के लिए अस्पताल को किसी भी व्यक्ति, फर्म या संगठन से संपर्क करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ और मैं इसके द्वारा ऐसे किसी भी व्यक्ति, फर्म या संगठन को अस्पताल को ऐसी कोई भी वित्तीय जानकारी जारी करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ जिसका यह अनुरोध कर सकता है।

आवेदक  
तारीख

के

हस्ताक्षर

**भरा हुआ आवेदन इस पर डाक से भेजें:**

Atrium Health System Business Office

Attention:

Coverage Assistance Services

PO Box 32861

